

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynę do cucenia pozornie zmarłych noworodków za pomocą metody Laborde'a. Podał d-r J. Saks. — Uraz jako przyczyna cierpień układu nerwowego. Opracował K. Stróżewski. — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 52. Histerya w chirurgii. 53. Bezsenność nerwowa i jej leczenie. 54. Studya krytyczne nad kąpielami borowinowemi. — Ze zjazdu lekarzy internistów w Karlsbadzie (11 — 14 kwietnia r. b.) (Dokończenie). — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r J. Saks** — Sur l'emploi de la méthode de Laborde chez de nouveaux-nés. 2) **D-r K. Stróżewski** — Les lésions traumatiques comme cause des affections du système nerveux.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r J. Saks** — Ein Beitrag zu Wiederbelebungsversuchen von scheinbar todtten Neugeborenen durch die Laborde'sche Methode. 2) **D-r K. Stróżewski** — Das Trauma als Ursache von Störungen im Bereich des Nervensystems.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

PRZYZYNEK DO CUCENIA POZORNIE ZMARŁYCH NOWORODKÓW ZA POMOCĄ METODY LABORDE'A.

Podał

D-r Józef Saks.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim dnia 23 lutego r. b.).

Dnia 5 lipca 1892 r. prof. LABORDE zakomunikował paryskiej akademii lekarskiej dwa przypadki ożywienia topielców za pomocą metody, nazwanej przez niego „les tractions rythmées de la langue”¹⁾. Metoda owa, jak nazwa wskazuje, polega na rytmicznem pociąganiu języka, dokonywanem za pomocą dwóch palców, owiniętych w kawałek gazy lub chusteczkę w tempie oddechowym, t. j. do 20 trakcyi na minutę.

¹⁾ LABORDE „Du procédé des tractions rythmées de la langue dans les diverses asphyxies”. Sem. Médic. 1892 p. 266 i 463.

Skuteczność swej metody tłumaczył autor w ten sposób, iż pociągania języka pobudzają przede wszystkim nerwy czuciowe; pobudzenie to przechodzi na nerwy ruchowe mięśni oddechowych, a szczególnie na *n. laryngens superior.*, potem *glosso-pharyngeus*, *lingualis*, a następnie i *phrenicus*. Metoda, zastosowana początkowo wyłącznie na dorosłych topielcach, wisielcach, przy zaduszeniu wskutek chloroformu, znalazła wkrótce skuteczne zastosowanie przy pozornej śmierci noworodków.

LABORDE bardzo skrzętnie notował wszelkie przypadki skutecznego zastosowania swej metody, ogłaszał wyniki w pismach, poruszał sprawę w najrozmaitszych towarzystwach lekarskich i na zjazdach naukowych lekarzy, wychwalając swą metodę i stawiając ją wyżej po nad wszelkie inne, przy pozornej śmierci stosowane. Koryfeusze akuszerzy francuskiej w dyskusyi nad tą sprawą, nie odmawiali znaczenia owej metodzie, wyrażali się jednak z pewną rezerwą, pozostawiając ostatnie słowo czasowi. W Niemczech spotkała się omawiana metoda z pewną obojętnością; bardzo mało zostało ogłoszonych spostrzeżeń w tym kierunku. Najpoważniejszy jest artykuł KNAPF'a ²⁾, w którym autor podaje dobre wyniki, otrzymane w 12 przypadkach, między którymi były cięższe i lżejsze. U nas nic prawie nie pisano w tym względzie; z wyjątkiem krótkiej notatki kol. STERLINGA, („Medycyna“ r. 1894 str. 225), w której autor podaje 3 przypadki skutecznego zastosowania omawianej metody, nie znalazłem w literaturze lekarskiej polskiej żadnej pracy w tym względzie.

Jak Panom wiadomo, pod pozorną śmiercią noworodka pojmujemy stan, w którym noworodek natychmiast po urodzeniu się nie wykonywa żadnych ruchów oddechowych pomimo bicia serca i tętnienia pępowiny (w silniejszym lub słabszym stopniu). Odróżniamy dwa stopnie śmierci pozornej noworodków: 1) t. zw. zaduszenie sine, stopień lekki, gdy pępowina i serce tętnią silnie, dziecko jest sine, odruchy skóry są zachowane; 2) t. zw. zaduszenie białe (*asphyxia livida*), stopień cięższy, gdy serce bardzo słabo bije, pępowina słabo lub wcale nie tętni, odruchy skóry i gardzieli są zniesione, a dziecko jest prawie zupełnie blade.

Nie wchodzi w zakres dzisiejszego odczytu mojego przypomnienie powodów, od jakich zależy pozorna śmierć noworodka, wspomnę tylko ogólnikowo, iż jest ona wynikiem zakłóconego krwiobiegu między matką a płodem, co zależy może od najrozmaitszych przyczyn; dodać w tem miejscu muszę, iż silny ucisk na mózg (np. kleszcze ciężkie i t. d.) wywołuje najcięższą postać pozornej śmierci, zależną najprawdopodobniej od wylewów krwi w mózgu.

Uważam też za zbyt cenne omawianie szczegółowe w tem miejscu leczenia głębokiego omdlenia noworodka.

Jak Panom wiadomo, przy głębokiem omdleniu prawie powszechnie stosowana bywa metoda SCHULTZE go, po mistrzowsku pomyślana, dająca skądinąd doskonałe wyniki i czyniąca zadość trzem następującym wymaganiom: 1) uwalnia ona drogi oddechowe od ciał obcych, które się tam dostały podczas oddechu przedwczesnego płodu w łonie matki; 2) doskonale wytwarza sztuczny oddech i 3) bardzo dodatnio wpływa na krwiobieg noworodka.

2) Erfahrungen über Laborde's rhythmische Zungentraktionen nebst einigen Bemerkungen über Verletzungen durch diese und andere Wiederbelebungs-methoden von d-r Ludwig Knapf. Centrblatt für Gynäkol. r. 1896. Nr. 28.

Metoda ta posiada jednak pewne, nie dające się usunąć, braki. Jest bardzo uciążliwa dla wykonywającego ją; w warunkach *praxis pauperum* jest często niewykonalna ze względu na niskość suterena lub poddasza; przy złamanym obojczyku metoda ta może być powodem uszkodzenia opłucny; przy złamaniu kończyny jakiejś, co przytrafić się może i najwięcej doświadczonemu akuszerowi, może być bardzo szkodliwa i na koniec u przedwcześnie zrodzonych dzieci metoda ta nie daje dobrych wyników.

Sam sposób wykonywania wahań SCHULTZE'go wymaga pewnej techniki, nieprzystępnej często akuszerkom; nie widziałem jeszcze ani razu, aby akuszerka zupełnie prawidłowo ten rękoczyn wykonywała. Nie posiada tych braków metoda LABORDE'a, a ma pewne zalety, o których niżej pomówię. Zależy tylko pytanie, czy może ona konkurować pod względem wyników z omawianą wyżej metodą. Iż w lekkich stopniach omdlenia, w których uderzenie dziecka, oblanie zimną wodą i t. d. wywołują ruchy oddechowe, metoda LABORDE'a też będzie skuteczna, jest rzeczą bardzo łatwą do przewidzenia, lecz czy w stanie są te pociągania języka pobudzić do działalności prawie wygasły ośrodek oddechowy przy głębokim stopniu omdlenia, jest kwestią, na którą z punktu widzenia teoretycznego należałoby dać odpowiedź przeczącą. To też SCHULTZE w przepięknie skreślonym artykule³⁾, w którym zwraca jednocześnie uwagę na błędy, popełniane przy stosowaniu jego metody, której on w praktycznym zastosowaniu prawie nie poznałby, powiada, iż spodziewa się ewentualnie dobrych wyników od metody LABORDE'a w średnich stopniach omdlenia, przy których odruchy skóry mogą być zniesione, odruch zaś gardzieli może jeszcze istnieć, i z tego punktu można jeszcze pobudzić do działalności ośrodek oddechowy; przy głębokim zaś stopniu omdlenia, gdy i ten odruch jest zniesiony, nie spodziewa się autor żadnych wyników od owej metody; pomódz mogą, według słów autora, tylko jego lub inne metody sztucznego oddechu. (Nadmienić muszę, iż, o ile sądzić można z artykułu, autor nie próbował nigdy metody LABORDE'a).

Obawy, wypowiedane na zasadzie teoretycznych dociekań, niezupełnie się sprawdzają w praktyce, a przynajmniej nie rozstrzygają stanowczo kwestyi na niekorzyść metody LABORDE'a.

Pozwolę sobie przytoczyć kilka przypadków zastosowania metody LABORDE'a z doskonałym wynikiem, a następnie kilka bez wyniku dodatniego.

1) Wezwany zostałem przez kolegę LEWKOWICZA do trzeci raz rodzącej, u której stwierdził kolega wypadnięcie rączki przy poprzecznym położeniu. W uśpieniu chloroformowem ściągnąłem jedną nóżkę, lecz dalsze wydobywanie nie udaje się (obróć całkowity nie został dokonany); ściągnąłem wówczas drugą nóżkę, poczem nietrudno było wydobyć płód aż do rączek; wydobywanie jednej rączki i główki ciężkie. Płód męski w głębokim omdleniu, pępowina nie tętni, uderzenia serca nie widoczne (niskie ciemne poddasze); po chwili zauważono słabe tętnienie serca. Wahania SCHULTZE'go na przemian z kąpielą ciepłą bez skutku, dopiero za pomocą metody LABORDE'a przywrócono dziecie do życia przeszło po 20 minutach stosowania jej w kąpieli ciepłej.

2) Kleszcze na nisko stojącą główkę z powodu braku bólów porodowych u pierwiastki; poród trwa od 3 dni. Wydobyłem płód żeński głęboko

³⁾ Ueber die beim Scheintod Neugeborener vorliegenden Indicationen. von B. S. Schultze. Centralblatt für Gynäkol. Nr. 37 r. 1896.

omdlały. Wahania SCHULTZE'go, dość długo stosowane, nie wywołują ani jednego ruchu oddechowego. Za pomocą zaś metody LABORDE'a po 10 minutach udało się przywrócić dziecie do życia.

3) Pierwiastka, poród trwa od 4 dni, pęcherz pękł przedwcześnie, przodogłowie ogromne. Kleszcze, względnie lekkie. Wydobylem głęboko omdlały płód; kateteryzacja z wdmachiwaniem powietrza, wahania SCHULTZE'go z pogrążaniem w ciepłą i zimną wodę — bezskuteczne; dopiero za pomocą metody LABORDE'a w ciepłej kąpieli udało się po 30 minutach przywrócić dziecie do życia. W tym przypadku pociągałem język przy pomocy kleszczyków PEAN'a, co okazało się niewłaściwe, albowiem po kilku dniach utworzył się pod językiem nalot, przeszkadzający dzieciemu do ssania.

4) Trzeci raz rodząca, położenie nóżkowe, pępowina w pochwie słabo tętniąca; otwarcie zupełne, wydobywanie łatwe aż do główki, którą udało mi się wydobyć dopiero po kilku minutach; podczas trzymania palca w ustach płód dokonał kilku wyraźnych oddechów; płód głęboko omdlały, pępowina tętni, choć słabo bardzo. Wahania SCHULTZE'go bez skutku; za pomocą zaś metody LABORDE'a udaje się szybko wywołać ruchy oddechowe.

5) IX para, położenie ukośne, poprzedza łokieć, wypadnięcie pępowiny. Pęcherz pękł przed 20 minutami. Obrót na nóżkę, wydobywanie aż do rączek łatwe, uwolnienie rączek napotyka na trudności; główkę z łatwością udało się wydobyć. Dziecie omdałe. Oblewania zimną wodą w kąpieli ciepłej nie dają żadnego wyniku; za pomocą zaś metody LABORDE'a udaje się szybko wywołać ruchy oddechowe. Charakterystyczny nader był w tym przypadku efekt pociągania; przy każdym pociąganiu języka następuje oddech, który ustaje zaraz po zaprzestaniu trakcyi; dopiero stopniowo ruchy oddechowe nabierają charakteru prawidłowego.

6) IV para, raz dokonano wymóżdżenia, raz ekstrakcja płodu nieżywego, raz kleszcze i płód nieżywy; miednica zwężona; *conj. diagonalis* 9,6; *vera* 7,8. W moim przypadku wypadnięcie pępowiny słabo tętniącej i rączki; pęcherz niedawno pękł. Obrót na nóżkę, którą z łatwością ściągnąłem, lecz sam obrót z trudnością dał się dokonać. Wydobycie płodu łatwe; pępowina nie tętni, serce zaś noworodka bije słabo. Metody SCHULTZE'go i LABORDE'a, stosowane przeszło godzinę, nie dają dodatniego wyniku, nie udało się wywołać ani jednego ruchu oddechowego.

7) Pierwiastka, poród od 48 godzin, kleszcze, z powodu braku bólów, bardzo ciężkie. Wydobylem płód głęboko omdlały — ani za pomocą metody SCHULTZE'go, ani LABORDE'a nie udało się wywołać choćby jednego oddechu (wylew krwawy w mózgu?), choć tony serca były słyszalne aż do ostatniej chwili.

8) Wypadnięcie rączki i pępowiny; obrót na nóżkę; wydobywanie główki napotyka na duże trudności; płód głęboko omdlały, tony serca bardzo słabe. Metody SCHULTZE'go i LABORDE'a bez rezultatu.

Mógłbym przytoczyć jeszcze kilka przykładów skutecznego i kilka bezskutecznego zastosowania omawianej metody, nie chcę jednak nużyć Sz. Kolegów. Z tego, co przytoczyłem jest widoczne, iż w kilku prawie rozpaczliwych przypadkach metoda LABORDE'a oddała nieocenione usługi, których nie dała metoda SCHULTZE'go. Każdy zarzucić mi może, iż nie jest pewnem, czy metoda LABORDE'a bez uprzedniego stosowania innych metod dałaby te same wyniki.

I ja jestem zdania, że sama metoda LABORDE'a w przypadkach przedwczesnych ruchów oddechowych w łonie matki skuteczna nie będzie, bo, bądź co bądź, nie uwalnia ona dróg oddechowych od ciał obcych; należy więc w odpowiednim przypadku uwolnić przedewszystkiem drogi oddechowe od ciał obcych, a następnie dopiero stosować omawiany sposób.

W tem miejscu należy kilka słów powiedzieć o technice metody LABORDE'a. Najlepiej pociągać język za pomocą dwóch palców, owiniętych w kawałek gazy; przy stosowaniu omawianej metody, najlepiej w kąpieli ciepłej, należy zachowywać pewną cierpliwość. Bardzo często w stanach bardzo głębokiego omdlenia, po kilkuminutowych trakcyach nie widzi się absolutnie żadnego wyniku — nie należy się jednak tem zrażać. Stopniowo czuje się, iż język zaczyna stawiać pewien opór przy pociąganiu go, po chwili słyszy się bardzo powierzchowny ruch oddechowy, po którym znów nastaje cisza. Po krótkim czasie ruchy oddechowe są silniejsze i częstsze, a oddech przyjmuje charakter prawidłowy, dziecię zaczyna krzyczeć, ruszać się i t. d.

Z techniki metody LABORDE'a jest widoczne, iż ma ona pewne zalety, których brak metodzie SCHULTZE'go: noworodek nie oziębia się (przez cały czas może leżeć w kąpieli ciepłej), bardzo łatwo można śledzić działalność serca i ewentualnie stosować masaż tej okolicy; nareszcie można korzystać z tego nie nużącego sposobu we wszystkich przypadkach, w których metoda SCHULTZE'go jest niewłaściwa lub niewykonalna.

Sz. Panowie, nie pozwalam sobie na wnioski. Ilość moich spostrzeżeń jest jeszcze zbyt mała, i zbyt one są nieściśle i nacechowane subiektywizmem, aby pozwalały na jakieś uogólnienie; przypuszczam jednak, iż wyniki, dotychczas przeze mnie i bardzo wielu innych lekarzy otrzymane, powinny zachęcić kolegów do stosowania w odpowiednich przypadkach omawianej metody.

U R A Z

jako przyczyna cierpienia układu nerwowego.

Opracował

KONSTANTY STRÓŻEWSKI.

Znaczenie urazu, jako momentu przyczynowego w powstawaniu różnych cierpień nerwowych, znane było zdawien dawna, dość wspomnieć np. podawane zwykle przyczyny powstawania padaczki, choroby PARKINSON'a i innych.

W ostatnich kilku latach cierpienia nerwowe wskutek urazu nabrały wielkiego praktycznego znaczenia ze względu na liczne procesy o odszkodowanie z powodu utraty możności zarabkowania; nie mniej interesujące są owe cierpienia i pod względem naukowym; z tych powodów w ostatnich czasach odnośna literatura ogromnie wzrosła, istnieją nawet za granicą pisma, wyłącznie poświęcone temu działowi medycyny.

Uraz może być bardzo różnorodny: od zwykłego przestrawu do ciężkich uszkodzeń fizycznych.

Cieężkość uszkodzenia, wywołanego przez uraz, nie jest koniecznym warunkiem dla powstania cierpienia nerwowego; często wskutek bardzo nieznacznych urazów, nawet nie zostawiających po sobie śladów widocznych, powstają bardzo ciężkie i przewlekłe cierpienia, tymczasem po urazach bardzo ciężkich spostrzegamy nieraz lekkie formy cierpień nerwowych, lub też żadnych nie bywa.

Z chorób nerwowych, powstających wskutek urazu, spotykamy i cierpienia czynnościowe, t. zw. nerwice urazowe, i cierpienia organiczne. Pierwsze jednak wskutek swej niezwyklej częstości wzbudzają większe zainteresowanie praktyczne u wielu lekarzy, zwłaszcza lekarzy, wzywanych przez sądy w charakterze biegłych. Najpierw w pracy niniejszej zajmę się kwestyą t. zw. nerwic urazowych.

Przed kilku laty, dzięki pracom OPPENHEIM'a i STRÜMPPELL'a, nerwice urazowe uważane były za oddzielną postać nozologiczną; dopiero z biegiem czasu, gdy ilość spostrzeżeń znacznie wzrosła, zaczęto ściślej badać kazuistyczny materiał, i pogląd ten upadł; dziś nerwic owych nie uważamy już za oddzielną chorobę. Objawy, spostrzegane w ich przebiegu, wchodzą w dziedzinę histeryi, neurastenii, melancholii, hipochondryi, zresztą przedstawiają kombinacye wyżej wskazanych cierpień. Sama nazwa — „nerwica urazowa“ (*neurosis traumatica*) — dotychczas używana, nie jest ściśła, należałoby właściwie określać spostrzegane cierpienie, dodając przymiotnik: urazowy, ze względu na etiologię cierpienia, np. histerya urazowa i t. p. Objawy w nerwicach urazowych bywają bardzo różnorodne, stosownie do tego, z jakim cierpieniem mamy do czynienia; wogóle objawy dzielimy na podmiotowe i przedmiotowe. Należy zaznaczyć, że w wielu przypadkach nerwic urazowych mamy do czynienia wyłącznie z objawami podmiotowymi, co dziwić nie może, gdyż, jak słusznie wyraża się HITZIG: „nerwice urazowe są to psychiczne cierpienia, a więc brak w nich, w większości przypadków, jak to wie każdy psychiatra, objawów przedmiotowych“.

Przy badaniu podobnych chorych należy przedewszystkiem zebrać wywiady, aczkolwiek pod względem praktycznym wiele się po nich spodziewać nie można; większego znaczenia nabierają wywiady pod względem naukowym, w celu wyjaśnienia momentu przyczynowego samego cierpienia. Przytem należy pamiętać, że chorzy niejednokrotnie skrywają, ze względu na wynik dochodzenia sądowego, wcześniejszy początek choroby, podając, jakoby choroba rozpoczęła się dopiero po urazie. Pod względem praktycznym nie ma to wielkiego znaczenia, ponieważ przy sprawie o odszkodowanie nie idzie o wykazanie, że uraz odegrał rolę przyczynowego momentu danego cierpienia, lecz o wykazanie ograniczenia zdolności do pracy wskutek urazu. A więc pomimo to, że z wywiadów dowiemy się, iż chory, dajmy na to, przechodził przymiot, że popełniał nadużycia *in Baccho*, jednakże, jeśli wskutek urazu rozwinie się melancholia, pomimo, że poprzednie cierpienia mogły chorego usposobić do nabycia melancholii, przed sądem uraz występuje, jako jedyna przyczyna niemożności zarobkowania. Ważne znaczenie ma stwierdzenie w przeszłości chorego napadów padaczkowych, jeśli podobne napady występują i po urazie. Dokładna znajomość wywiadów pomocna nam jest przy rozpoznaniu właściwego cierpienia, i pewność np., że w rodzinie chorego, dotkniętego objawami histeryi urazowej, panują nerwowe czy umysłowe choroby, lub też pewność, że chory już dawniej miewał objawy histeryczne, skłoni nas w stronę rozpoznania histeryi urazowej, a nie symulacyi. Rozumie

się, nerwice urazowe, a nawet organiczne cierpienia mogą występować u osobników, u których w wywiadach nic wykryć się nie udaje. Po zebraniu wywiadów przechodzimy do badania chorego; najpierw zwracamy uwagę na jego skargi, które polegają zazwyczaj na określaniu różnorodnych bólów, parestezyi, zawrotów głowy, braku łaknienia, snu, siły i t. p. Rozumie się, zawsze krytycznie staramy się zapatrywać na owe skargi. Następnie przechodzimy do badania psychiki chorego: pamięci, inteligencji, usposobienia. Chory zwykle bywa albo przygnębiony, albo, przeciwnie, podniecony, małomówny lub wielomówny. Badając pamięć, inteligencję, staramy się tak badać chorego, aby nie zauważył, iż badamy tę jego sferę; zadajemy mu pytania, rozmawiając z innymi osobami i t. p. Przechodząc do omawiania przedmiotowych objawów t. zw. nerwic urazowych, powtórzę raz jeszcze, że nerwice owe nie przedstawiają choroby *sui generis*, że mamy do czynienia bądź z histerią, bądź z neurastenią, melancholią, hipochondryą, bądź z formą mieszaną, a więc objawy w każdym poszczególnym przypadku mogą być inne i muszą odpowiadać objawom, właściwym jednej z powyżej wymienionych postaci chorobowych. Zadanie lekarza, badającego chorego, polega na rozpoznaniu, z jakim cierpieniem w danym razie mamy do czynienia, mając jedynie na uwadze możliwość symulacji, czy przesady, o czem niżej. Wiele pracy poświęcono wykryciu przedmiotowych objawów nerwicy urazowej, objawów, któreby mogły z pewnością przekonać nas o istnieniu danego cierpienia lub też symulacji, lecz praca ta nie doprowadziła do wniosków pozytywnych. Słusznie też podnosi STRUEPPELL pożyteczność sporu o to, co nazywać „objawem obiektywnym“. Do najwięcej znanych przedmiotowych objawów należy zwężenie pola widzenia. Jak wiemy jest to objaw bardzo często spostrzegany w histerii urazowej; lecz ani obecność tego objawu nie przemawia za niemożnością czy zmniejszeniem możliwości zarobkowania, ani brak jego nie przemawia za symulacją.

RUMPF wykrył t. zw. odczyn traumatyczny przy faradyzacji, OPPENHEIM — wzmożenie bezpośredniej pobudliwości mechanicznej mięśni i nerwów, FOERSTER-KOENIG — t. zw. *Verschiebungstypus* zwężenia pola widzenia; MANNKOPF spostrzegł przyspieszenie tętna przy ucisku na istotnie bolesne miejsca. Prócz powyższych wykryto wiele innych przedmiotowych objawów, mających jakoby znaczenie patognomonicznych dla nerwicy urazowej. Niestety, jednak żaden z nich taki nie jest; spotykają się one mniej więcej często w nerwicach urazowych, ale niejednokrotnie i u osobników zupełnie zdrowych lub też dotkniętych innym cierpieniem.

SÆNGER badał 119 robotników i robotnic zdrowych i znalazł u 8 t. zw. obiektywne objawy nerwicy urazowej, jak np. zwężenie pola widzenia, znieczulenia skóry, cierpienia serca, naczyń, zmiany odruchów i t. p. Słusznie więc wnioskuję, że wiele z powyższych objawów stanowi skutek innych cierpień, jak alkoholizm, przymiot, nadużycia tytoniowe, obciążenie dziedziczne, a nie skutek urazu. MENDEL czyni uwagę co do znieczulenia skóry, co można zastosować i do szeregu innych objawów, że jest wielu ludzi, którzy mają znaczne zaburzenia czucia, a jednak pracują, ponieważ mają dość siły woli do pracy. I tych 8 robotników, pomimo wyraźnych przedmiotowych objawów, zupełnie dobrze pracowało, subiektywnie na nic się nie uskarżając.

Przechodząc do kwestyi udawania choroby — symulacji, zaznaczyć należy na wstępie, że większość autorów w Europie słusznie przyszła do wniosku, iż symulacja należy do bardzo rzadkich wydarzeń, przeciwnie zaś prze-

sada w przedstawianiu swego cierpienia należy do częstych. W Ameryce rzecz ma się przedstawiać inaczej. BAILEY twierdzi, że w Ameryce symulacje po lekkich przypadkach kolejowych są bardzo częste, zwłaszcza, że koleje, chcąc uniknąć procesu, mniejsze odszkodowania wypłacają dobrowolnie zaraz po wypadku. Jako *curiosum* opowiada ten autor, że chory, który wieczorem uległ lekkiemu przypadkowi na kolei i wskutek tego przybył do szpitala, nazajutrz przed godziną 11 rano odwiedzony był przez 8 adwokatów, którzy proponowali mu swoje usługi. SCHNEIDER podaje liczbę symulacji w Niemczech mniej więcej 1 na 300 przypadków. Nie powinniśmy przystępować do badania chorego z powziętem naprzód podejrzeniem o symulację. Nawet wykrycie pewnych sprzeczności w odpowiedziach chorego, lub też niestałość niektórych objawów, lub wykrycie symulacji co do niektórych objawów, nie upoważnia nas jeszcze do rozpoznania całkowitej symulacji.

Słusznie mówi STRUEPPELL: „jeśli byśmy chcieli ze względu na niestałość pewnych objawów i skłonność chorych do przesady posądzać chorych o symulację, musielibyśmy my, lekarze chorób nerwowych, prawie połowę naszych prywatnych chorych uważać również za symulantów“. Każdy z lekarzy, kto ma często możność spostrzegania histeryi i neurastenii, wie doskonale, jak chorzy tacy usposobieni są do mimowolnej przesady, jak często histeryczki wprost zmyślają objawy, zadają sobie uszkodzenia fizyczne i t. p., pomimo, że nie są urazowymi chorymi i nie liczą na żadne odszkodowanie. W przypadkach, kiedy rozpoznajemy histeryę lub hipochondryę, nie możemy się bynajmniej dziwić ani zmienności objawów, ani ilości i jakości skarg chorego; cechuje to właśnie rozpoznane cierpienia. Udawanie wielu objawów należy do rzeczy nie łatwych, naśladować np. drżenie, tak często spostrzegane u chorych po urazie, w ciągu choćby kilkunastu minut jest bardzo trudno; do tego potrzeba i umiejętności i dużo siły woli. Zestawiając to, cośmy powiedzieli o symulacji, dochodzimy do następujących wniosków: 1) symulacja należy do zjawisk rzadko spostrzeganych, do rzeczy niełatwych, 2) metody jakiejś, któraby nam pozwoliła rozpoznać niezawodnie symulację, nie posiadamy. Lekarz jednak, mający wprawę w badaniu chorych nerwowych, prawie zawsze potrafi zrobić właściwe rozpoznanie; w razach wątpliwych nie powinien rozpoznawać symulacji, lecz otwarcie przyznać się do niemożności właściwego rozpoznania. Niektórzy autorzy radzą chorych takich umieszczać w szpitalach dla obserwacji, gdzie w ciągu pewnego czasu o wiele łatwiej przyjść można do rzeczywistego rozpoznania. Uciekać się do jakichkolwiek zbyt ostrych sposobów dla wykrycia symulacji nie powinniśmy, bowiem niewłaściwem postępowaniem niekiedy możemy doprowadzić chorego do symulacji choroby; istnieją w literaturze opisy chorych, którzy, zmęczeni ciągłym i nad wyraz przykrem dla nich badaniem w szpitalu, oświadczały, że są zdrowi, pomimo iż rzeczywiście byli chorzy. Opisano też sporo przypadków, gdzie chorzy uznani za symulantów, kończyli życie przez samobójstwo. Wreszcie spotykamy w prywatnej praktyce chorych, którzy wskutek urazu, nieraz nieznacznego, chorują całe miesiące, a nawet lata, przedstawiając typowy obraz t. zw. nerwicy urazowej, pomimo że nie są zainteresowani co do odszkodowania. NONNE przytacza statystykę 19 przypadków, w których przysądzono zupełnie słusznie, jak wykazała późniejsza obserwacja tych chorych, rentę od 75% do 20%. Po 2—5 latach NONNE zebrał wiadomości o 17 z tych chorych i wyprowadził następujące wnioski: rokowanie po uszkodzeniach głowy, wskutek których chorzy długo skarżą się na bóle i zawroty głowy, wogóle nie jest tak złe, jak

chęć tego niektórzy autorzy; z 17 chorych 6 odzyskało zdrowie zupełnie, 7 mogło zajmować się lekką robotą, i tylko w 2 przypadkach trwała po wielu latach zupełna niemożność pracy i zarobkowania. Zdaniem OPPENHEIM'a różnica między świadomą symulacją, a subiektywnymi objawami rzeczywistej nerwicy coraz więcej zanika, i 2 orzeczenia, które przychodzą do wręcz przeciwnych wniosków, według dzisiejszego stanu nauki, są same przez się zupełnie uzasadnione.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

52. JAMES E. MOORE. **Histerya w chirurgii.** Dokładna znajomość objawów histerycznych konieczna jest dla chirurga, chcącego uniknąć wielu błędów w rozpoznaniu i rokowaniu. Jakkolwiek gorączka nie wchodzi do obrazu klinicznego histeryi, to jednak autor utrzymuje, że nie raz w okresie pooperacyjnym podniesienie ciepłoty ciała zależy wyłącznie od czynników natury histerycznej; na poparcie tego poglądu autor przytacza jeden przypadek, w którym po skrobaniu macicy u histeryczki wystąpiła na drugi dzień gorączka 102,8 F. z utratą przytomności, u tej samej chorej autor spostrzegał przed 3-ma laty podobny stan po dokonaniu małoważnego rękoczynu: objawy znikły w 2 godziny po zastrzyknięciu $\frac{1}{8}$ grn. morfiny. Niewątpliwie tego rodzaju gorączka bywa także po laparotomiach, również jak uporczywa czkawka po uspieniu. W jednym przypadku autor wobec nieustającej czkawki był w obawie o życie chorej. Z wywiadów okazało się, że ojciec tej pacjentki przed śmiercią miał przez parę dni czkawkę, i że chora od tego czasu była w ciągłej obawie, ażeby nie umrzeć od czkawki, autor zastosował enemę z *asa foetida* i wmówił w pacjentkę, że nie może w ten sposób umrzeć, poczem czkawka ustała.

Uporczywy kaszel i wymioty w okresie pooperacyjnym również mogą być pochodzenia histerycznego. Autor przytacza przypadek, w którym chory dostał po operacji bezgłosu; z wywiadów okazało się, że dawniej podobnie nagle stracił głos po jakimś nieszczęśliwym obrocie finansowym. Szczególnie trzeba się mieć na baczności wobec urojonych guzów u histeryczek; zawsze należy zwlekać z operowaniem tych nerwowych kobiet, u których objawy podmiotowe nie odpowiadają badaniu przedmiotowemu, tembardziej, że podobne chore z rozkoszą gotowe są poddać się najbardziej niebezpiecznej operacji, chociaż cierpienie ich jest wynikiem wyobraźni. Niedawno autor miał chorą, która żądała operacji z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego. Brzuch jej był twardy i nadzwyczaj bolesny na ucisk w prawem podbrzuszu, tętno jednak i ciepłota ciała były prawidłowe; znalazłszy przeto objawy *histeriae minoris* i stwierdziwszy, że wszystkie powyższe objawy wynikły na tle wyłącznie histerycznem, autor przekonał chorą, że operacja jest zbyteczna, po czem objawy ustąpiły. Histeryczna nadczułość, brak czucia, niedowłady i rzekomo zupełne bezwłady mogą być uważane za organiczne cierpienia przez najlepszych klinicystów; szybka atoli zmiana granic w okolicy pozbawionej czucia lub nadczulej, ułatwia rozpoznanie różniczkowe. Cierpienia histeryczne stawów, mleczka i kręgosłupa mogą naśladować nawet gruźlicę tychże. Histeryczne cierpienia stawów, następujące bardzo często po urazie, mogą spowodować zanik kończyny i zniekształcenie stawów. Ciepłota

skóry jednak bywa w tych razach niższa od prawidłowej, obrzęk umiejscawia się powyżej stawów, bolesność zwykle bywa mniejsza, niż w gruźlicy, a natomiast jest nadczułość skóry, ograniczenie ruchów różni się od tegoż w gruźlicy tem, że nawet podczas badania, przy odwróceniu uwagi chorego na inny przedmiot, co chwila ulega zmianie; wogóle wszystkie objawy są przesadzone. Kurcz mięśniowy i zniekształcenie stawów bywa nieraz nawet większe, niż w cierpieniach organicznych i ulega również częstym zmianom. Płeć i wiek chorych dopomagają do prawidłowego rozpoznania; histerya zwykle bywa u młodych kobiet, jakkolwiek nie chroni od niej żaden wiek, ani płeć, stwierdzenie innych objawów histerycznych ułatwia rozpoznanie, aczkolwiek trzeba pamiętać, że histerya nie wyłącza gruźlicy. Cierpienia histeryczne kręgosłupa różnią się od gruźliczych odmienną postacią zniekształcenia, większą bolesnością i zmianą czucia skórniego. Rokowanie jest dobre, zdarzają się jednak przypadki bardzo uporczywe i nawroty. Niektórzy utrzymują, że kurcz histeryczny może powstać na stałe i wytworzyć zmiany organiczne zależne od wadliwego położenia kończyny, autor jednak nie widział podobnego przypadku.

W leczeniu największą rolę odgrywa wmawianie (suggestya); kurcze mięśniowe (kontrakтуры) usuwają się za pomocą wyprostowania po uśpieniu i unieruchomienia stawów na krótki czas, w razach ostatecznych dopuszczalna jest tenotomia, autor jednakże sądzi, że operacye w tych razach działają raczej psychicznie, przez suggestyę, niż mechanicznie.

(*Annals of Surgery, August, 1898*).

J. Borzymowski.

53. H. WUNDERLICH. **Bezsennaść nerwowa i jej leczenie.** Bezsenność nerwowa jest objawem neurastenii ogólnej, jednym z najczęstszych, najprzykrejszych i bardzo uporczywych pod względem leczenia. Wobec tego objawu rokowanie w neurastenii staje się poważnem, podobnie jak w dyspepsyi nerwowej; w obu bowiem razach ustrój wyczerpuje się coraz bardziej, nie mogąc odzyskać dawniejszych sił. Niemal w $\frac{2}{3}$ przypadków neurastenii spotykamy bezsennaść. Autor niniejszej pracy poleca nam pewien szereg środków zewnętrznych, wewnętrznych i metod leczniczych, wypróbowanych przez siebie, nie wspominając o tych, co do których brak mu osobistego doświadczenia.

Co do istoty i przyczyn snu istnieją dwie teorie: według PREYER'a zależy sen od zmian chemicznych w korze mózgowej, mianowicie od nagromadzenia się kwasu mlecznego, kreatyny, kreatyniny i t. d. Według innych autorów przyczyną snu ma być częściowa małokrwistość kory mózgowej.

Doświadczenia KOHLSCHUETTER'a, MOENNINGHOFF'a i PIESBERGER'a, jako też MICHELSON'a nad snem prawidłowym i fizyologicznymi tegoż zmianami wykazały, że „z początku sen jest dosyć powierzchowny, poczem bardzo szybko staje się coraz głębszym, tak iż w 1—2 godziny po zaśnięciu osiąga *maximum* głębi. W tym stanie pozostaje przez pewien czas, poczem staje się znowu coraz mniej głębokim i osiąga w końcu trzeciej godziny (od zaśnięcia) pierwotnego *minimum*. Potem następują znowu podwyższenia i obniżenia, wreszcie koło 7 godziny staje się sen bardzo powierzchownym“. Prócz tego, najczęstszego, istnieje jeszcze drugi typ snu, w którym, według MICHELSON'a, zasypianie następuje znacznie wolniej, niż przy poprzednim; dopiero koło godziny 3 staje się sen głębokim, nie tak dalece jednak, jak w typie pierwszym, poczem następuje znowu obniżanie głębokości snu. W tym przeto wypadku sen wogóle jest powierzchowniejszy, niż w poprzednim.

Na zasadzie tego odróżniamy klinicznie dwie główne grupy bezsenności: 1) zaburzenia głębokości snu i 2) zaburzenia trwania snu. Typem pierwszego ro-

dzaju jest półsen neurasteniczny, podczas którego pacyenci raczej drzemią, niż śpią, łatwo za byle jakim powodem przebudzają się, śnią o rozmaitych przykrych rzeczach, a rano budzą się zmęczeni, wyczerpani i z uczuciem, jak gdyby wcale nie spali, o czym zapewniają lekarza, chociaż wygląd ich twarzy przeczy temu, gdyż—pomimo długiego trwania tego rodzaju stanu—nie są wychudzeni, ani blade, jakby to przy rzeczywistej długotrwałej bezsenności być powinno.

Na szczęście ten rodzaj drzemania nie jest najczęstszą postacią bezsenności neurastenicznej. Częściej spotykamy zaburzenia co do trwania snu, a mianowicie: 1) utrudnione zasypianie, lub 2) sen przerywany. Przy pierwszej postaci pacyenci kładą się do łóżka bardzo senni, lecz przez długi czas nie mogą zasnąć, lub też wpadają w stan drzemania, z którego budzą się co chwila, bądź pod wpływem przykrych snów, lub nieprzyjemnych sensacji (swędzenie, bicie serca, drżenie goleni), lub myśli o kłopotach i sprawach codziennych. Nad ranem dopiero usypiają głębiej, lecz nie na długo, a budzą się zmęczeni i rozdrażnieni. Przy śnie przerywanym zaś pacyenci szybko usypiają, lecz tylko na 2—3 godziny, poczem budzą się, nie mogąc już ponownie zasnąć. Nagłemu przebudzeniu się z głębokiego snu towarzyszy zwykle silne uczucie obawy, lub bicie serca, albo inne przykre uczucia ze strony żołądka, pęcherza, narządów płciowych i t. p.

Oprócz tych trzech głównych postaci bezsenności nerwowej, spotykamy jeszcze pewne odmiany, zależne głównie od wieku pacjentów.

W dzieciństwie bezsenność rzadko się zdarza; i tutaj jednak mamy do czynienia albo z utrudnionem zasypianiem, zupełnie podobnem do tegoż cierpienia u dorosłych, lub też ze snem przerywanym, odznaczającym się przestraszami (*pavor nocturnus*), a spowodowanym nieraz przez obrzmienia w nosie, w gardzieli, na migdałach, lub też przez robaki, wreszcie ze snem niespokojnym, podczas którego dzieci rzucają się, mówią ze snu, zgrzytają zębami, jęczą i t. p.

U starców sen, głęboki w pierwszych godzinach, przerywa się wkrótce, co w zupełności przypomina odmianę snu przerywanego.

Ze wszystkich rodzajów bezsenności nerwowej najgorszy jest półsen nerwowy; ci bowiem pacyenci nigdy nie śpią głęboko i nie doznają uczucia wypoczynku — wywczasu. Postać ta rzadko rozwija się pierwotnie, lecz najczęściej wtórnie — z jednej z poprzednich dwóch odmian, dla tego też rokowanie w niej jest bardzo poważne.

Z drugich dwóch rodzajów gorszy jest sen przerywany od utrudnionego zasypiania, łatwiej bowiem za pomocą leków i metod leczniczych wywołać sen, niż go przedłużyć do zamierzonego trwania.

Leczenie tego cierpienia podobne jest naturalnie do leczenia ogólnej neurastenii. Pierwszym warunkiem jest spokój, dla uzyskania którego pożądanę jest porzucenie wszelkiego zajęcia i przeniesienie się do uzdrowiska, t. j. zakładu leczniczego. Miejscowości bardzo wysokich (górskich), jakoteż wietrznego nadmorskiego klimatu unikać należy. Męczące spacer, ożywione towarzystwo, cięższa praca umysłowa, gry hazardowe, rozdrażniające książki i t. p., są zabronione, szczególnie wieczorami. Odżywianie powinno być dobre, wzmacniające, lekko strawne, złożone z różnorodnych pokarmów; kolację należy spożywać na 3 godziny przed spaniem, a przed samem udaniem się na spoczynek pożądanę jest spożycie małej ilości mleka z sucharkiem, lub przekąski i szklanki dobrego piwa.

W pokoju sypialnym powinien panować jaknajwiększy spokój, a okna trzeba zasłaniać (w lecie) ciemnymi roletami.

Drzemka poobiednia, nie dłużej nad pół godziny, jest pożądana i wcale nie przeszkadza snu nocnemu.

Wszelkie cierpienia organiczne należy uwzględnić i leczyć; do nich należą: atonia żołądka, kardyalgie, nadkwasota, zaparcie stolca, przewlekłe nieżyty kiszek, połączone z wzdęciami i rznięciami, pasorzyty kanału pokarmowego; dalej cierpienia narządów krwionośnych, z których arteriosklerozę należy zwalczać jodkiem sodu (według VIERORDT'a), a w *myocarditis*, otłuszczeniu serca i stwardnieniu tętnic wieńcowych serca — podawać naparstnicę w małych dawkach i stosować kąpiele solankowe z kwasem węglanym.

Priapism, zmazania nocne, bóle i dolegliwości w sferze płciowej usuwamy wedle wskazań, obowiązujących w neurastenii płciowej.

Co do oddzielnych postaci bezsenności, to u dzieci należy przedewszystkiem usunąć choroby wywołujące np. nieżyty dróg oddechowych, robaki, wysypki swędzące i t. p. W czysto nerwowej bezsenności (utrudnione zasypianie lub sen przerywany) doskonale działa zawijanie tułowia w wilgotny powijak. Jeżeli dziecko cierpi na chłodne stopy, to przed zawijaniem wilgotnem wypada zrobić ciepłą kąpiel nożną (37° C.), trwającą 5—10 minut. Z leków wewnętrznych wolno dzieciom dawać tylko bromki i antypirynę; środki nasenne są wyłączone.

U starców zalecamy zaraz po przebudzeniu się (w nocy) spożyć cośkolwiek i zażyć kilkanaście kropel *Aq. amygdal. amar.* Przetwory bromu dajemy, gdy pacjent już w łóżku leży, działanie bowiem tego leku występuje dopiero w 2—3 godziny po zażyciu. Sulfonal, trional, a szczególnej chloral są przeciwwskazane. Z metod wodoleczniczych działa skutecznie tusz z wody letniej, trwający 20—30 sekund i ogólne letnie kąpiele (5—10 minut) przed samem spaniem.

Przy neurastenicznym półśnie leczymy przedewszystkiem neurastenię ogólną, staramy się o spokój i dobre odżywianie pacjenta, stosujemy rozmaite zabiegi wodolecznicze, elektryzacyę i mięsienie. Silniejszym pacjentom zalecamy obmywania i wycierania zimne, rano i wieczór, a potem spacer, u słabszych zaś natychmiastowe kładzenie się do łóżka zaraz po wycieraniu, nawet rano, gdyż nieraz zasypiają oni jeszcze po tym zabiegu. W dalszym ciągu leczenia przechodzimy do zawijań zimnych i do umiarkowanie chłodnych kąpielei połowicznych. Zabiegi te stosujemy przed południem; przed wieczorem zaś zalecamy chłodne kąpiele nasiadowe lub ciepłe kąpiele nożne (woda płynąca). Zabiegi te odciągają krew od mózgu ku kończynom dolnym.

Z zabiegów elektrycznych zalecamy w przekrwieniach mózgowych t. zw. galwanizacyę centralną, przy której biegun dodatni umieszczamy na czole, ujemny zaś na karku; siła prądu wynosi 0,5—2,0 miliamperów, trwanie 1—5 minut. Przy nadwrażliwości ogólnej i towarzyszącym jej półśnie neurastenicznym doskonale działają: ogólna faradyzacja i dwubiegunowe kąpiele faradyczne. Prąd ma być słaby, trwanie 10—15 minut, ciepłota wody 32—34° C.

Ogólne mięsienie dośrodkowe całego ciała znakomicie uspokaja neurastyków, wskazane jest tylko przy znośnym stanie odżywiania ogólnego, u wyniszczonych bowiem działa drażniaco i jest bolesne. Mięsienie stosujemy w godzinach przedpołudniowych.

Pomocniczym środkiem przy tych zabiegach powinna być suggestya i wogóle psychoterapia, stosowana przez lekarza; zabiegów hipnotycznych natomiast zupełnie unikać należy.

W niektórych przypadkach wymienione sposoby i zabiegi wystarczają do wyleczenia, w wielu innych trzeba uciec się do leków, w rzędzie których sole bromowe na pierwszym stoją miejscu. Z początku dajemy duże dawki bromu, po 3 gramy na dzień, przez dwa dni, następnie przez dwa dni po 2 gramy, potem

przez dwa dni po 1 gramie. Lek ten należy rozpuszczać w znacznej ilości płynu i podawać wieczorem na 1—2—3 godziny przed spaniem.

Infusum valerianae lub *tinctura simplex*, po 15—20 kropel co godzinę, trzy razy po kolacyi przyjęta, podobnie jak *aq. amygdal. amar.* lub napar kwiatu pomarańczowego — skutecznie działają, szczególnie u kobiet.

Wcale dobrym skutkiem odznaczają się również antypiryna, salipiryna, piramidon, fenacetyna i laktofenina w dawce ogólnej 1 grama, a antyfebryna po 0,25 (dwie dawki — w ciągu godziny) przed spaniem.

Antypiryna działa najskuteczniej w bezsenności na tle bezkrwistości. Dla uniknięcia zapaści dajemy pomiędzy obiema dawkami antypiryny lub antyfebryny nieco wysokoku w postaci wina lub piwa.

Ze środków usypiających stosujemy najczęściej chloralhydrat w dawce od 1 do 3 gramów. W pół godziny po zażyciu zjawia się sen, trwający od 6 do 8 godzin. Początkowo trzeba być bardzo ostrożnym przy stosowaniu chloralu, wiele bowiem osób ma idyosynkrazyę do tego środka i ulegało zapaści już po jednogramowych dawkach. Przy bredzeniu tyfusowem, chorobach serca, ciężkich chorobach płuc i w *arthritis urica* chloral jest przeciwwskazany. Dłuższe używanie tego leku powoduje ogólne zatrucie z objawami zaburzeń w trawieniu, ciężkiej anemii, wysypek skórnych i upadku sił.

Mniej groźny jest chloramid po 2—3 gramów; stosują go nawet w chorobach serca i u starszych osobników. W ławatywach nie można dawać ani chloralhydratu ani chloramidu, oba bowiem silnie drażnią kışzkę odchodową.

Paraldehyd i amylenhydrat, 2—3,5 grm. na noc już po pół godziny sprawdzają spokojny sen; nazajutrz jednak chorzy doznają ciężkości w głowie i senności. Woń i smak obu tych środków jest bardzo nieprzyjemna.

Methyluretan i *cannabinum tannicum* działają bardzo niepewnie. Najlepszymi środkami nasennymi, zdaniem autora, są: sulfonal i trional. Wywołują sen spokojny, 6—8 godzin trwający, lecz u wielu osób występuje nazajutrz oszołomienie, ciężkość w głowie, niezdolność do myślenia, ogólne osłabienie mięśniowe, a nawet zawroty głowy. Dla uniknienia tych następstw podajemy chorym podczas leczenia sulfonalem i trionalem — wody mineralne w znacznej ilości i kontrolujemy ich mocz. W chorobie BRIGHT'a oba te leki są przeciwwskazane. Środki te powinny być doskonale sproszkowane (nie w kryształach) i rozpuszczone w znacznej ilości płynu letniego. Dawka wynosi 1, najwyżej 2 gramy; sulfonal podajemy na 2—3 godziny, trional zaś tuż przed samem spaniem.

Wyskok w postaci szklanki dobrego piwa lub kieliszka wina, podawanych przy kolacyi, działa nieraz doskonale, wobec czego autor, wbrew zdaniu wielu innych lekarzy, radzi uciekać się doń.

Przed morfiną natomiast, jako środkiem nasennym w bezsenności nerwowej, energicznie ostrzega WUNDERLICH, a stosuje ją tylko w silnych bólach, nie ustępujących wobec innych leków. Lepsza jest już kodeina po 0,01, dwa—trzy razy dziennie, jak również opium, stosowane w bezsenności, połączonej z uczuciem strachu, doprowadzającem niekiedy do usiłowań samobójstwa. Środki te działają tylko chwilowo, objawowo zatem, wobec czego ogólne leczenie stoi zawsze na pierwszym miejscu.

Takie jest leczenie najtrudniejszej postaci — półsnu neurastenicznego. W utrudnionem zasypianiu stosujemy ciepłe kąpiele nożne, gdy pacjenci nacierają wieczorem chłodne stopy. W niedokrwistości mózgu zalecamy rozgrzewające wilgotne kompresy (z zimnej wody) na głowę; przy kongestjach do głowy —

zimne kąpiele nożne wraz z energicznym rozcieraniem stóp i goleni flanelą, lub krótkotrwałe zimne kąpiele siarkowe, albo wilgotne opaski na brzuch.

Ciepłe kąpiele ogólne doskonale usposabiają ustrój i przyczyniają się do łatwiejszego zaśnięcia. Ciepłota wody 37° C., trwanie 5—30 minut.

Galwanizacja lub franklinizacja, bezpośrednio przed spaniem stosowana, bardzo dobrze działa w tych przypadkach. Z leków wewnętrznych zalecić można: antypirynę, fenacetynę i ich pochodne. Środków tych użyć powinien pacjent w nocy, gdy w godzinę po ułożeniu się w łóżku nie zdołał jeszcze zasnąć. Sulfo-nal, jako zbyt późno skutkujący, nie jest stosowny, natomiast trional, amylenhydrat i chloramid znajdują zastosowanie.

Trudniejsza sprawa z leczeniem snu przerywanego. Przedewszystkiem zwrócić należy uwagę na sprawy trawienia w żołądku i kiszki, a dla usunięcia nadmiaru kwaśności i fermentacji podajemy sodę, bismut, proszki burzące, lub małą przekąskę (kawalek chleba z mięsem, trochę czekolady peptonowej) w nocy, po obudzeniu się pacjenta. Bardzo dobrze działają również zabiegi wodolecznicze (obmywanie twarzy wodą zimną, króciutka kąpiel nasiadowa, zimna kąpiel nożna, opaska zimna na brzuch), stosowane w nocy, gdy przebudzony pacjent nie może usnąć ponownie. Z leków zalecamy: waleryanę, wodę z gorzkich migdałów, lub kodeinę po 0,01, bromki zaś i hipnotyzm są przeciwwskazane w nocy, lecz należy je (a szczególnie brom) dawać na godzinę przed spaniem.

Podane tutaj rady są wynikiem długoletniego, osobistego doświadczenia autora, a jako skuteczne w leczeniu bezsenności neurastenicznej zasługiwały na obszerniejsze streszczenie.

(*Samml. klin. Vortr.* 1899. Nr. 239).

L. Wolberg.

54. LOIMAN. **Studia krytyczne nad kąpielami borowinowymi.** Po krótkim przeglądzie historycznym, z którego się dowiadujemy, że już w początku naszego stulecia znane było użycie kąpeli borowinowych, lecz dopiero w ostatnich kilku dziesiątkach lat zostało więcej rozpowszechnione, autor przechodzi do szczegółowego opisu powstania borowiny, jej rodzajów, składu, własności chemicznych i fizycznych, działania fizyologicznego i leczniczego, jakoteż wskazań do użycia kąpeli borowinowych.

Podział borowiny i powstanie borowiny mineralnej. Borowinę, używaną do kąpeli, podzielić można na roślinną i mineralną. Pierwszą stanowi gęsta warstwa korzeni i łodyg różnych roślin torfowych, uległych powolnemu zwęgleniu w ziemi. Do wytworzenia tego torfu koniecznym warunkiem jest obecność stojącej wody niewielkiej głębokości i gliniasty spód, nieprzepuszczający wody, oraz ciepłota gruntu od 6 do 8° C.

Jeżeli zaś przez taki torf przechodzi źródło mineralne, które z resztkami roślinnymi wchodzi w chemiczne połączenia, przyczem wytwarzają się skutkiem rozpadu siarczanów alkalicznych i oswobodzenia siarkowodoru siarczany metali, wtedy mówimy o borowinie mineralnej. W skład takiej więc borowiny wchodzi i ciała nieorganiczne i organiczne.

Znane dotąd analizy różnych borowin, używanych do kąpeli, wykazały w nich następujące związki nieorganiczne: chlorek potasu, sodu i magnezyi, jodek sodu, węglan magnezyi, wapnia i żelaza, sól glauberską, siarczan potasu, gips, sól gorzką, alun, siarczan żelaza i manganu, fosforan glinu, sodu i żelaza, siarek i dwusiarek żelaza, wolną siarkę, kwas siarczany, kwas arsenowy, tlenki żelaza i manganu, tlenek miedzi, glin, wapno, stroncjan, kwas krzemienowy.

Przy ocenianiu znaczenia borowiny mogą wejść w rachunek tylko substancje w wodzie rozpuszczalne lub też takie, które przez utlenianie przechodzą

w związku rozpuszczalne. Jeżeli dalej uwzględnimy, że wśród związków rozpuszczalnych tylko sole siarczane i wolny kwas siarczany w znacznej ilości znajdują się w borowinie, przysięć musimy do wniosku, że do celów terapeutycznych użyta borowina ściśle jest związana z obecnością źródeł mineralnych, w których znajdują się w wielkiej ilości siarczany alkaliczne, a szczególnie sól glauberska.

Z substancji organicznych, znajdujących się w borowinie, ważniejsze są: substancje humusowe (kwas humusowy i węgiel humusowy), kwas krzemieny, żywice, воск i inne nieokreślone składniki.

Fizyczne własności borowiny. Ze składem chemicznym borowiny ściśle są związane fizyczne jej własności. Tu należą 1) przewodnictwo ciepła i 2) zdolność wchłaniania wody.

1) Borowina jest złym przewodnikiem ciepła: wymaga ona przy jednakowym dopływie ciepła dłuższego czasu do ogrzania się, aniżeli woda, lecz za to oddaje otoczeniu ciepło daleko wolniej. Liczne próby, dokonane w tym względzie w Francensbadzie, przekonały, że borowina, ogrzana do 52° i umieszczona w drewnianych wannach, jeszcze po godzinie zachowywała we środku i na dnie wanny tę samą ciepłotę, gdy na powierzchni spadała do 31°.

2) Zdolność wchłaniania wody przez borowinę zależy od ilości związków rozpuszczalnych, jakie borowina oddaje wodzie, od ilości i zdolności pęcznienia substancji organicznych, i tem objaśnia się wielka różnorodność zdolności wchłaniania wody przez różne borowiny. I tak, gdy 100 gramów wody potrzebują dla zupełnego wchłonięcia 61 gramów borowiny Francensbadzkiej lub 60 Maryenbadzkiej, ta sama ilość wody potrzebuje borowiny w Toeplitz 42 gramów, a w Bocklet 11.

Im większa jest zawartość soli rozpuszczalnych i im większa jest pęczliwość substancji organicznych, tem mniej wody potrzeba do nasycenia borowiny.

Kąpiele borowinowe. Dla przygotowania kąpieli borowinowej rozdrabnia się na młynku borowinę i miesza się z gorącą wodą mineralną aż do wytworzenia gęstej masy określonej konsystencji i ciepłoty. Ilość borowiny potrzebna na kąpiel zależy, jakśmy to widzieli, od jej zdolności wchłaniania wody. W Marienbadzie np. dla zrobienia kąpieli borowinowej średniej gęstości potrzeba stosownie do wielkości wanny 100 do 150 kilo borowiny.

Podług konsystencji rozróżniają rzadką, średnio-gęstą i gęstą kąpiel borowinową. Ścisłe określenie ilości borowiny potrzebnej do wytworzenia każdego z tych rodzajów kąpieli jest niemożliwe, gdyż waga borowiny, a zatem konsystencja kąpieli zależy od stopnia wilgotności borowiny.

Fizyologiczne i lecznicze działanie kąpieli borowinowych. Fizyologiczne działanie kąpieli borowinowych badali na drodze doświadczalnej naprzód KISCH w Maryenbadzie, następnie FELLNER w Francensbadzie i inni. Wyniki ich badań były pod wielu względami sprzeczne i nic dziwnego: każdy z nich robił doświadczenia z innym materiałem¹⁾. Gdy KISCH stwierdził podniesienie ciepłoty ciała, zwiększenie ilości tętna (o 8, 12 do 16 uderzeń na minutę) i oddechów, FELLNER przeciwnie nigdy nie widział podniesienia ciepłoty ciała, zawsze zaś zwolnienie tętna i oddechu. Działanie kąpieli borowinowej zależy zdaniem autora niewątpliwie od rodzaju i ilości znajdujących się w borowinie rozpu-

¹⁾ Nie sędzę, aby to był jedyny i główny powód, gdyż po pierwsze borowina francensbadzka i maryenbadzka nie wielkie chyba przedstawiają różnice, a powtórę skład borowiny odgrywa rolę drugorzędną. (Przypisek sprawozdawczy).

szczalnych ciał i substancji organicznych, od ciepłoty kąpeli, gęstości i trwania jej.

Wśród rozpuszczalnych w wodzie nieorganicznych związków najważniejsze działanie wywierają dwa znajdujące się w wielkiej ilości w borowinie składniki, a mianowicie siarczan żelaza i wolny kwas siarczany. Ostatni wywiera nie tylko silnie drażniące działanie na skórę, lecz i posiada własności zabójcze dla drobno-ustrojów skóry i błon śluzowych. Siarczan zaś żelaza działa na skórę i dostępne błony śluzowe ściągająco i tonizująco. Czy następuje jego wessanie przez skórę, nie wiadomo na pewno, choć bardzo jest prawdopodobne, że, jeżeli nie ma to miejsca przy kąpielach wodnych, możliwe za to jest przy kąpielach borowinowych, przy których często skutkiem tarcia powstają drobne erozye.

O działaniu rozpuszczalnych substancji humusowych, substancji aromatycznych i lotnych kwasów, kwasu octowego, mrówczanego i t. p. nic stanowczego nie wiemy.

Nierozpuszczalne ciała humusowe i resztki roślinne nadają kąpeli gęstą postać i osłabiają lub modyfikują zbyt silne działanie niektórych mineralnych ciał. Kąpiel wodna, któraby zawierała, tak jak borowina we Francensbadzie, $1\frac{1}{2}\%$ wolnego kwasu siarczanego byłaby z powodu jej własności żrących nie możliwa do zniesienia; w kąpeli borowinowej działanie to nie występuje w całej sile, gdyż borowina silniej kwas wiąże i powolniej oddaje ją kąpeli.

Z przyczyny słabego przewodnictwa ciepła, gorąco kąpeli borowinowej mniej bywa odczuwane przez kąpiącego się, i dla tego wyższa ciepłota kąpeli borowinowej lepiej bywa znoszona, aniżeli odpowiednia ciepłota kąpeli wodnej.

I gęstość kąpeli borowinowej niemałą odgrywa rolę; wywiera ona wpływ przez swe tarcie na skórę i ciśnienie, jakby kataplazm na całe ciało.

Ogólne działanie kąpeli borowinowej zgodnie z obserwacją i doświadczeniem autora we Francensbadzie jest następujące:

Po przezwyciężeniu początkowego obrzydzenia i uczucia ściśnienia, chory w kąpeli borowinowej średniej gęstości i obojętnej ciepłoty ($27-28^{\circ}$ R.) doznaje przyjemnego uczucia. Skóra, która się z początku nieco kurczy, staje się wkrótce elastyczną i lekko się czerwieni, a całe ciało doznaje uczucia przyjemnego ciepła. Tętno i oddech ulegają zwykle nieznacznemu zwolnieniu²⁾. Jeżeli skóra jest bardzo wrażliwa, lub też ilość kwasu siarczanego w kąpeli zbyt wielka, albo też kąpiel codziennie jest brana, często powstaje swędzenie skóry, różycza, nawet lekka pryszczycza.

U kobiet dostaje się borowina najczęściej do pochwy, a nawet dosięga do części pochwowej macicy, co się spostrzega przy badaniu wzornikiem pochwowym.

Jak zatem widzimy bezpośrednie działanie kąpeli borowinowej polega na bardzo energicznym podrażnieniu skóry i jej peryferycznych zakończeń nerwowych. Przez napływ krwi do skóry narządy wewnętrzne zostają ze krwi opróżnione, i przemiana materii silnie pobudzona. Działanie to jest długotrwałe, i tem się różni kąpiele borowinowe od mineralnych, przy których skóra w kilka chwil mocno się czerwieni, lecz po opuszczeniu kąpeli szybko staje się bladą, i ztąd

²⁾ Pod tym względem, jakieśmy to widzieli, zdania są podzielone. W jednym przypadku, spostrzeganym przeze mnie, a dotyczącym chorej dosyć otyłej z tętnem zwolnionem do 50 na minutę, po każdej kąpeli borowinowej w Ciechocinku tętno podnosiło się do 60 i więcej uderzeń na minutę, co w przypadku tym było wielce pożądane. (Przypisek sprawozdawcy).

często po wyjściu z kąpeli powstaje uczucie ziębienia, którego brak po kąpeli borowinowej.

Nie wszystkie jednak osobniki jednakowo oddziałują na kąpiele borowinowe. Zanim się przeto pozna naturę i wrażliwość osobnika, należy przy stosowaniu kąpeli borowinowych zachować ostrożność.

Wskazania do stosowania kąpeli borowinowych. Z przyczyny wielostronnego działania kąpeli borowinowych na ustrój ludzki, a mianowicie: ogrzewającego (kataplastmatische) drażniącego skórę, ściągającego i przeciwpasorzytniczego, znajdują one wskazanie we wielu stanach chorobowych.

1) Choroby nerwowe. Ogólne nerwice, jak histerya, neurastenia, hipochondrya u osobników pobudliwych, małokrwistych i osłabionych doznają znakomitego polepszenia.

Z nerwobólów szczególnie w rwie kulszowej kąpiele borowinowe dają świetne wyniki; nawet tam, gdzie rwa zależy od nieuleczalnych cierpień mlecza, następuje znakomita poprawa.

Porażenia w następstwie przewlekłych otruc i zakażeń, jak płonicy, blonicy, influenzy, gorączki połogowej i t. p., postawić należy w pierwszej linii wskazań do użycia kąpeli borowinowych³⁾.

2) Przewlekłe sprawy zapalne i wysiękowe.

Wszelkie wysięki zapalne ulegają pod wpływem kąpeli borowinowych szybkiemu wessaniu. Jest to fakt tak dobrze znany, że nad nim byłoby zbytecznem się rozwodzić. Tu należą też: 1) przewlekły gościec mięśniowy i stawowy, 2) wysięki urazowe w tkance łącznej, w workach surowicznych, szczególnie zaś wysięki okołowyrostkowe i t. p.

3) Cierpienia narządów płciowych kobiecych.

Wszelkie zboczenia w miesiączkowaniu doznają pod wpływem leczenia kąpielami borowinowymi znakomitej poprawy, szczególnie zaś bolesne miesiączkowanie (*dysmenorrhoea*), obfite i przeciągające się miesiączkowanie.

Własności ściągające i przeciwpasorzytnicze kąpeli borowinowych sprzyjają wyleczeniu przewlekłych zapaleń pochwy i szyi macicznej, jako też przewlekłej rzeżączki. Pomyślne wyniki lecznicze otrzymuje się w przewlekłym zapaleniu macicy i błony śluzowej macicy. Wszelkie sprawy wysiękowe w małej miednicy w następstwie spraw połogowych dają często zadziwiające wyniki i czynią nieraz zbytecznymi rękoczynny chirurgiczne, tak dziś modne.

4) Choroby skóry na tle małokrwistości lub na podstawie nerwowej nadają się do leczenia kąpielami borowinowymi.

5) Wspierają picie wód kąpiele borowinowe w wielu innych cierpieniach, jak małokrwistości i błednicy, w cierpieniach żołądkowo-kiszkowych, hemoroidach, obrzmieniu śledziony po zimnicy i t. p.

³⁾ Corocznie widzimy w Ciechocinku chorych, należących do tej grupy, których przywożą do Ciechocinka w stanie zupełnego porażenia najczęściej obu kończyn dolnych. Chorzy ci doznają w krótkim czasie przy leczeniu kąpielami, szczególnie borowinowymi, w Ciechocinku znakomitej poprawy, często zupełnego wyleczenia; przypadki porażenia w następstwie spraw połogowych ulegają w krótkim czasie zupełnemu wyleczeniu; przed dwoma laty przysłał kolega GEIZLER z Sierpea młodą 20-letnią mężatkę, u której w następstwie zakażenia połogowego powstało zupełne porażenie kończyn dolnych z silnym zanikiem mięśni; chora ta po przybyciu do Ciechocinka nie tylko nie mogła chodzić, lecz, opierając się, stać; po 2 miesiącach leczenia w Ciechocinku mogła nie tylko sama stać, lecz podparta wchodzić do mnie po schodach; w roku zeszłym widziałem chorą powtórnie prawie zupełnie zdrową. Ten i temu podobne przypadki nie należą do rzadkości i dowodzą, że zbyteczne jest wysyłanie tego rodzaju chorych do miejscowości zagranicznych, jak to często się zdarza. (Przypisek sprawozdawcy).

Przeciwwskazania.

Rozedma płuc, gruźlica i skłonność do krwioplucia, stwardnienie tętnic stanowią przeciwwskazanie do użycia kąpeli borowinowych. Dobrze zrównoważone wady zastawkowe i podeszły wiek nie stanowią bezwarunkowego przeciwwskazania. Podczas ciąży lepiej nie stosować kąpeli borowinowych, nie chcąc wywołać poronienia. Podczas miesiączkowania tylko w wyjątkowych przypadkach mogą być dozwolone kąpiele borowinowe.

(Halle. 1898, str. 32).

Feliks Arnstein.

Ze zjazdu lekarzy internistów w Karlsbadzie

(II — 14 kwietnia r. b.).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 30).

3) *Lymphaemia chronica* posiada przebieg wybitnie postępujący. Stoi ona w związku z pewnemi postaciami białaczki rzekomej, gdyż częstokroć spotykamy w niej okres wstępny z cechami białaczki rzekomej, albo nawet bez wyraźnych objawów białaczki właściwych. Przypadki te, zarówno jak i białaczkę rzekomą trudno oddzielić od *lymphoma malignum* lub *lymphosarcoma*. Zaczyna się ona zwykle od obrzmienia gruczołów szyjowych, a tu i owdzie spotykane, często znikające czasowo obrzmienie gruczołów chłonnych stanowi najwydatniejszy i najtrwalszy rys cierpienia. Prócz tego zdarza się i obrzmienie śledziony, zależne od nacieków w rodzaju drobnokomórkowych, które czasem poprzedza obrzmienie gruczołów szyjowych. W szpiku kostnym spostrzegano *hyperplasia lymphatica*, czasami nawet w takich przypadkach, w których zmiany w gruczołach i w śledzionie były stosunkowo nieznaczne.

Wszystkim tym objawom nie zawsze towarzyszą zmiany białaczkowe we krwi, występują zaś one znacznie później i ograniczają się do wielkiej ilości małych limfocytów. Przebieg cierpienia bywa bardzo powolny i długotrwały, a rozmaite powikłania w rodzaju wybroczyn krwawych, obrzęków i t. d. zwykle się przyłączają.

Co się tyczy znaczenia klinicznego leukocytozy, to przedewszystkiem należy rozpatrzyć t. zw. leukocytozę trawienną. Nie bywa jej zwykle w raku żołądka, a objaw ten pod względem rozpoznawczym posiada takie same znaczenie, jak brak kwasu solnego lub obecność kwasu mlecznego w soku żołądkowym.

Leukocytoza patologiczna dzieli się na: 1) limfocytozę, 2) leukocytozę neutrofilową wielojądrową; 3) leukocytozę eozynochłonną.

1) Na limfocytozę zwracano dotąd mało uwagi. Wiemy tylko, iż zdarza się ona w nieżytach żołądka i jelit, w przymiocie, *rhachitis*, kokluszu, czasami w odrze i szkarlatynie, po wstrzykiwaniu tuberkuliny i t. d.

2) Największe znaczenie praktyczne posiada leukocytoza neutrofilowa wielojądrowa, spotykana najczęściej w przebiegu chorób zakaźnych, co wskazuje ściśle jej związek z dążeniem ustroju do uwolnienia się od następstw szkodliwych tych zakażeń. Pod względem rozpoznawczym zasługuje na zaznaczenie stałe występowanie leukocytozy w zapaleniu płuc włóknikowym, w okresie tworzenia się wysięków w jamach surowiczych, w sprawach septycznych i ropniczych, zwłaszcza połączonych z ropieniem obfitem, dalej — w różnicy, płonicy, błonicy i ostrym reumatyzmie stawowym. Leukocytozy nie bywa w gruźlicy czystej, a w okresie największego natężenia w tyfusie brzuszny mamy nawet leukopenię. Co do

wartości prognostycznej, jaką przypisywano leukocytozie, zdania są bardzo podzielone, zwłaszcza w zapaleniu włóknikowym płuc, i w samej rzeczy, zdaje się, że w tem cierpieniu leukocytoza długotrwała jest poczytywana za objaw niepomysłny.

3) Ocena należyta leukocytozy eozynofilowej jest do dziś prawie niemożliwa. Od czasu, kiedy EHRLICH znalazł ją w białaczce, namnożyło się sporo spostrzeżeń podobnych: GABRISZEWICZ wykazał leukocytozę eozynofilową we krwi astmatyków, których płwocina zawiera duże ilości tych komórek. Później nieco wykryto tę postać leukocytozy w cierpieniach skóry rozmaitych, w *helminthiasis*, *trichinosis*, i w pewnych przypadkach nowotworów złośliwych. Małą bardzo ilość tych komórek we krwi spostrzegano na szczycie wielu chorób zakaźnych, z wyjątkiem płonicy, a w okresie zdrowienia ilość ich znów zwiększała się często po nad normę. Zjawisku temu przypisywano znaczenie pomyślne pod względem rokowania. Z temi dociekaniem teoretycznymi wiążą się i względy lecznicze. Mianowicie LOEWIT, POHL, BUCHNER, GOLDSCHIEDER i JACOB i wielu in. dowiodło, że posiadamy cały szereg przetworów — wyciągi z narządów, surowice lecznicze, środki lekarskie, za pomocą których możemy osiągnąć zmniejszenie lub powiększenie się ilości tych komórek we krwi.

Próby leczenia białaczki za pomocą środków leukotaktycznych były podejmowane niejednokrotnie. W tym celu GOLDSCHIEDER i JACOB używali zastrzykiwań wyciągu ze śledziony, LOEWY i RICHTER — sperminy POEHLA, RICHTER i SPIRO — kwasu cytrynowego, PAL — nukleiny, a GRAWITZ — terpentyny. Wszyscy oni otrzymali wyniki przejściowe, stałych — dotąd nie spostrzegano. Lepsze wyniki w leczeniu białaczki daje zwalczanie przyczyn istotnych tego cierpienia. Być może, iż w ten właśnie sposób tłumaczyć sobie należy działanie arsenu i chininy. Inaczej zupełnie przedstawia się rzecz pod względem stosowania środków leukotaktycznych w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Tu posiadamy cały szereg spostrzeżeń doświadczalnych, które wskazują, że ustrojowi choremu walkę z drobnoustrojami można znakomicie ułatwić za pomocą leukocytów. Być może, iż w niedługim czasie w zakresie leczenia posiadzie ważne znaczenie zdanie, wygłoszone przed 50-ciu laty: „Ich vindicire für die farblosen Blutkörperchen eine Stelle in der Pathologie“.

Wśród rozpraw, które rozwinęły się na tle dwóch tych odczytów, zasługuje na zaznaczenie głos GRAWITZ'a. Twierdzi on, że wielokrotnie szukał we krwi chorych na białaczkę ameb, opisanych przez LOEWIT'a, lecz zawsze na próżno, przeto zapytuje o metodę barwienia. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy leukocytozą i leukemią nie może opierać się jedynie na stosunku ilościowym ciałek białych do czerwonych; pewniejsze będzie porównanie liczb absolutnych, lecz nie rozstrzygające. Znaczenie główne posiada morfologia komórek. Do dziś nie znamy ani jednego przypadku białaczki, w którym znaleziono olbrzymie powiększenie się ilości leukocytów wielojądrowych, — przeciwnie, zawsze spotykamy znacznego stopnia leukocytozę neutrofilową. Nie może więc być mowy o wielopostaciowości, a tylko o prostem powiększeniu się ilości ciałek bezbarwnych. Badając szpik świeży w białaczce, można znaleźć nie tylko myelocyty, lecz i sporą ilość wielkich limfocytów bez żadnych ziarnistości. Ostatnich nie ma we krwi, muszą więc tworzyć się w szpiku, i dla tego mówca nazywa je komórkami niedojrzałymi (unreife Zellen). Znaczenie dyagnostyczne i prognostyczne rozmaitych postaci leukocytów jest bardzo problematyczne, ponieważ nie znamy dokładnie tych miejsc, w których one się tworzą.

KUEHNAU (Wrocław), badając białaczkę, spotykał w nerkach cały szereg poważnych zmian, które przebiegały pod postacią ostrego zapalenia miąższowe-

go (*nephritis acuta parenchymatosa*), z lekką gorączką i licznymi wałeczkami w moczu. Już po kilku dniach rozwijał się obraz ciężkiej mocznicy, która powodowała śmierć. Badanie zwłok wykazało w nerkach nacieki białaczkowe to ograniczone, to rozlane, pomiędzy którymi tkanka nerki uległa zagładzie wskutek ucisku. Obok tych istniały zmiany mięszkowe (zmętnienie, stłuszczenie) w nabłonkach kanalików, kłębków i otoczek, które ostatecznie zajmowały cały narząd. Mówca wyprowadza ztąd wniosek, że we krwi chorych na białaczkę krążą toksyny, które prowadzą do zwyrodnienia mięszkowego.

KROENIG (Berlin) zaznacza, że rozpoznania białaczki nie można uczynić jedynie na podstawie większej lub mniejszej ilości ciałek bezbarwnych w 1 mm. sześć., lecz kierować się trzeba obecnością zmian w jądrach ciałek bezbarwnych jednojądrowych. Zwyrodnienie bywa dwojakiego rodzaju: naprzód zajmuje ono plazmę jądra, w którym zjawiają się mniej lub więcej liczne wakuole i prowadzą do zaniku rusztowania jądra, czemu towarzyszy pęcznienie całej masy jego. W innych przypadkach rzecz rozpoczyna się od rusztowania jądra, które ulega zniszczeniu, tracąc budowę siatkowatą i chromatynę, a ostatecznie zamienia się w twór prążkowaty. W miarę tego, jak otoczka protoplazmatyczna ulega rozpuszczeniu, jądro nasycą się płynem surowicznym, jak gąbka, i powiększa się w dwój — lub trójnasób.

Na posiedzeniu VI-em poruszano rozmaite sprawy. v. NOORDEN (Frankfurt) mówił o leczeniu przewlekłych cierpień nerek. Wbrew niesłusznie przyjętemu i zalecanemu powszechnie dziś sposobowi żywienia chorych na chorobę BRIGHT'a (*Schrumpfniere*) mówca zaleca swoją metodę. Według niej należy jednakowo uwzględniać w pożywieniu chorych zarówno ciemne, jak i białe mięso, ponieważ pierwsze wcale nie posiada przypisywanego mu działania szkodliwego. Mięso to wcale nie zawiera więcej istot wyciągowych azotowych, lecz posiada więcej barwnika, który jest bez znaczenia. Chorzy, karmieni mięsem ciemnym, nie wydzielają azotu więcej, niż przy mięsie białem, z drugiej zaś strony większy wybór i zmiana pokarmów mięsnych zapobiega temu, że chorzy nie nabierają wstrętu do mięsa, co łatwo stać się może, i tak dzieje się w istocie, jeżeli dostają tylko mięso białe. Ilość płynów w pokarmach należy koniecznie ograniczyć, zwłaszcza w daleko posuniętych przypadkach, w których przychodzą napady duszności, zaburzenia czynności serca i rozszerzenie komórki lewej. Skutki takiego postępowania nie każą na siebie długo czekać: duszność ustępuje, serce staje się mniejszem, mocz wydziela się obficie. Polepszenie trwa miesiące, a nawet lata, rzecz prosta nie we wszystkich przypadkach. To ograniczenie płynów, dochodzące do 1½ litra dziennie, wcale nie wpływa na wydzielanie produktów przemiany materii nawet w okresie zakażenia mocznicowego, przeciwnie, obfite podawanie płynów źle oddziaływa na takich chorych. Ilość płynów w pokarmach należy stale zmniejszać nawet w postaciach lżejszych tego cierpienia. Mówca zalecał tę dyetę w postaciach mięszkowych przewlekłych a także i w ostrych zapaleniach nerek i otrzymywał wyniki zachęcające.

SCHUETZ (Wisbaden). Przyczynę do rozpoznawania różniczkowego wrzodu okrągłego żołądka. Pewne cierpienia kiszki grubej (nieżyt, zapalenie), a także przemieszczenia tego narządu, jak również ciężkie zaparcie stolca, zwłaszcza wobec istniejącego opadnięcia jelit (*enteroptosis*), mogą stać się przyczyną rozpoznania błędnego; zwłaszcza, że często bywa trudno odróżnić, czy ból przy ucisku zależy od żołądka, czy od okrężnicy. Dla tego też we wszystkich przypadkach, w których obecność wrzodu nie została stwierdzona na podstawie krwotoków, należy zwracać uwagę na wyniki badania i na wygląd wypróżnień, ponieważ bóle, pochodzące z okrężnicy zwykle ustępują po podaniu środka czy-

szczącego. Takie same znaczenie posiada i zmniejszenie się ilości wolnego HCl. Zjawisko to spostrzegano bardzo często w cierpieniach kiszki grubej, może więc ono służyć, jako czynnik ważny dla rozpoznania u osób nerwowych i małokrwistych, u których istnieje podejrzenie wrzodu żołądka.

GANS (Karlsbad). O wpływie produktów bakterii na gnicie w jelitach. Wyniki odnośnych badań mówca streszcza w sposób następujący:

1) Pod wpływem 2—4 dniowych hodowli czystych lasecznika okrężnicy powiększa się znacznie ilość kwasu etero-siarczanego, lecz indykanu wykryć nie można.

2) Wydzielanie się indykanu wzrasta znakomicie w obecności 4—7 dniowych czystych hodowli *proteus vulgaris*; stosunki kwasu etero-siarczanego są zmienne.

3) 2—4 dniowe hodowle czyste *bacter. acidi lactici* nie zawsze wywołują powiększenie się ilości kwasu etero-siarczanego. Indykan nie wydzielą się wcale.

4) Zawiesina 10 gr. drożdży w 200 grm. wody wywołuje wydzielanie się indykanu, lecz nie wywiera żadnego wpływu na kwas etero-siarczany.

5) Jednoczesne podawanie hodowli *bact. coli et acidi lactici* wykazuje wpływ wybitny na ilość kwasu etero-siarczanego, zawartość zaś indykanu pozostaje bez zmiany.

LEUBUSCHER (Meiningen). O wydzielaniu tłuszczu przez skórę. Spostrzeżenia swoje mówca poczynił na całym szeregu osobników rozmaitego wieku i konstytucji. Pragnął on otrzymać odpowiedź na pytania następujące: 1) Ile tłuszczu wydzielą się przez skórę ludzi zdrowych, i jakie różnice zachodzą tu u rozmaitych osobników, a nawet na rozmaitych miejscach ciała u tych samych ludzi? 2) Jakie zmiany zachodzą w wydzielaniu tłuszczu przez skórę w rozmaitych stanach chorobowych. 3) Czy wydzielanie tłuszczu ulega zmianie pod wpływem jakichkolwiek bądź czynników (odżywianie, środki lekarskie, ruch). Okazało się że ta czynność skóry u rozmaitych ludzi bez względu na płeć jest zmienna: u starszych jest mniejsza, niż u młodych, zwłaszcza w okresie dojrzewania, a u brunetów, zdaje się, wogóle większa, niż u blondynów. Niezależnie od tych różnic są osobniki, które wydzielają wczwórnasob większe ilości tłuszczu, niż inne osoby. Tacy ludzie są zwykle raczej szczupli, niż otyli, a pomimo dobrego odżywiania nie tyją. Na odwrót — u ludzi otyłych wydzielanie tłuszczu przez skórę jest bardzo małe. Ztąd rodzi się przypuszczenie, że istnieje pewien związek pomiędzy gromadzeniem się tłuszczu w ustroju i wydzielaniem tegoż przez skórę. Ogólna ilość tłuszczu, utraconego w ten sposób przez czas jednego tygodnia, dochodzi mniej więcej do 100 grm. U osób zaś, o których mowa była wyżej, sięga ona do 300 grm. i więcej. Wyliczenie to jest o tyle trudniejsze, że wydzielanie tłuszczu jest rozmaite, zależnie od okolicy ciała, najobfitsze zaś na twarzy (czoło, nos, podbródek). Wielkie wysiłki fizyczne, połączone z poceniem się obfitem, nic nie wpływają na wydzielanie się tłuszczu. To samo powiedzieć można i o środkach lekarskich, jak pilokarpina, atropina, tyreoidyna. Za to wpływ odżywiania nie ulega zaprzeczeniu. Dyeta obfita w tłuszcze znakomicie powiększa ilości tłuszczu na skórze; w ten sposób można wytłomaczyć sobie zjawisko, że ludzie, którzy spożywają dużo tłuszczów, dostają wyrzutów na skórze. Spostrzeżenie to potwierdziło się w zupełności w jednym przypadku *acne vulgaris*. Z innych cierpień zauważono wybitne zmniejszenie wydzielania się tłuszczu w długotrwałych chorobach gorączkowych (dur brzuszny), gruźlicy i raku.

BLUM (Frankfurt). Przyczynek do fizjologii gruczołu tarczowego.

Gruczoł tarczowy nie daje wydzieliny, któraby posiadała jakieś działanie fizjologiczne, lecz za pomocą jakiegoś ciała, którego istnienie jest zaledwie przy-

puszczalne, wiąże i niszczy wytwarzające się wciąż w ustroju ciała trujące. Działanie tego związanego jadu jest inne, niż toksyny wolnej. Wiadomo, że te toksyny nasycają się jodem w gruczole tarczowym i dla tego stają się nieszkodliwymi. Toksyna wolna wywołuje w ustroju zwierzęcym ciężkie stany chorobowe, często o cechach padaczki przepuszczającej, częściej charłactwa, a czasami pod postacią wyraźnych zaburzeń psychicznych. W narządach zwierząt, które padły wskutek wycięcia gruczołu tarczowego, znajdowano jedynie zmiany w komórkach zwojowych mózgu i rdzenia, które można wykazać za pomocą metody Nissl'a. Zaburzenia, które powstają wskutek podawania toksyny, związanej w gruczole tarczowym, są innego rodzaju; wyrazem ich stają się zaburzenia przemiany materii (wychudnienie, rozpad białka i tłuszczów), niepokój i bicie serca, lecz nigdy nie spostrzegano drgawek. Czasami zaburzenia przemiany materii trwają dosyć długo, pomimo że wszystek jod, zawarty w substancji gruczołowej, wydzielił się. Tak u jednego psa po karmieniu go gruczolem tarczowym za każdym razem występował prócz wyżej wspomnianych objawów cukromocz długotrwały; jeżeli zwierzę otrzymywało cukier trzcinowy, to wydzielalo lewulozę, a po podaniu mu floridziny, przy jednakowej zresztą dyecie, można było znaleźć w moczu dekstrozę. Co się tyczy działania leczniczego wyciągów z gruczołu tarczowego w obrętku śluzowym, to działanie to może być dwojako pojęte: albo następuje uwolnienie ustroju od złożeń szkodliwych pod wpływem zmienionej przemiany materii, albo też substancje, zawarte w gruczole, posiadają zdolność wiązania krążącej w ustroju chorej toksyny i w ten sposób czynią ją nieszkodliwą. W przypadkach wola i otyłości lepiej jest wstrzymać się od podawania przetworów gruczołu tarczowego, ponieważ zbyt często zdarzają się przypadki zatrucia. W przypadkach pierwszego rodzaju warto zawsze naprzód próbować innych przetworów jodu, a w pierwszej linii jodalbacidu (połączenie białkowe jodu), w otyłości zaś ograniczyć się na zastosowaniu innych wypróbowanych metod leczniczych.

MAYER (Karlsbad). Przyczynę do patologii kamicy wątrobowej.

Mówca nie zgadza się z poglądami RIEDEL'a, że kolka wątrobowa zawsze zależy od spraw chorobowych pęcherzyka żółciowego, twierdzi natomiast, że ważną rolę grają tu inne przyczyny, a w sprawie leczenia jest zdecydowanym przeciwnikiem wczesnego operowania. W tym względzie decydującym powinien zostać fakt odchodzenia kamieni żółciowych. Częstokroć jednak kamień przechodzi bardzo wolno, stając się przyczyną częstych napadów kolki, których nawet zastrzykiwania morfiny nie są w stanie zwalczyć. W takich postaciach, zwanych przez mówcę „sakkadirte Gallensteinkolik“, kamień jednak może odejść sam przez się bez potrzeby uciekania się do zabiegu chirurgicznego. Co się tyczy działania żółciopędnego wód karlsbadzkich, to mówca zaprzecza ich wartości leczniczej, ponieważ dotąd nie posiadamy dostatecznych dowodów, które potwierdzałyby to działanie żółciopędne. Można raczej sądzić, że źródła karlsbadzkie działają w ten sposób, iż usuwają wszelkie czynniki chemiczne i mechaniczne, stojące na przeszkodzie wydzielaniu się prawidłowemu żółci, przywracają prawidłowe krążenie w naczyniach krwionośnych wątroby, żołądka i kiszek, a rozrzedzając jednocześnie żółć, ułatwiają jej odpływ przez przewody żółciowe. Również niepoślednie znaczenie dla należytego opróżniania się kanałów żółciowych posiada zwalczanie upartego zaparcia stolca, a i moczopędne działanie źródeł chłodniejszych zasługuje na zaznaczenie, ponieważ w żółtaczce przewlekłej wraz z moczem opuszczają ustrój barwniki żółciowe.

HERMANN (Karlsbad). Leczenie kamicy nerkowej za pomocą gliceryny.

Od czasu ogłoszenia swych pierwszych spostrzeżeń mówca zebrał znowu 85 przypadków kamicy nerkowej, leczonych za pomocą gliceryny. Wyniki otrzymał

następujące: 14 razy odeszły złogi i nastąpiło polepszenie ogólne; 17 razy odeszły tylko kamienie, 21 razy tylko polepszenie podmiotowe; w 33 przypadkach podawanie gliceryny było bezskuteczne. Na podstawie powyższych danych mówca wygłasza mniemanie, że gliceryna posiada działanie kojące i wpływa dodatnio na wychodzenie kamieni, wskutek czego nachylanie się i ruchy tułowia są niebolesne. Wprawdzie gliceryna nie posiada własności rozpuszczania kamieni, lecz, zwilżając błonę śluzową dróg moczowych, robi ją śliską i w ten sposób ułatwia przechodzenie kamienia. Do użytku lekarskiego nadaje się tylko bardzo czysta gliceryna z dodatkiem syropu pomarańczowego w celu polepszenia smaku. Zaczynać należy od dawek dużych, a można dojść do 130 grm. na raz. Działania ubocznego (krwimocz, białkomocz) gliceryna nie posiada.

PRIBRAM (Praga). Nowy przyczynek do kazuistyki białkomoczu przemijającego u dorastających.

Mówca streszcza wyniki, które otrzymał, badając w ciągu szeregu lat każdą porcję moczu u 15 podrostków; w moczu nigdy nie znaleziono tworów morfologicznych, wskazujących cierpienie nerek. Białkomocz (do 1%) zjawiał się tylko przy prostopadłym położeniu ciała i po ruchu fizycznym; występował i znikał szybko; w moczu, oddanym zrana, białka nigdy nie było. W godzinach, kiedy zjawiał się białkomocz, ciężar właściwy moczu był zawsze wysoki, a u niektórych osobników znajdowały się wielkie ilości mocznika. We wszystkich przypadkach białkomoczu po dodaniu dużych ilości kwasu octowego spostrzegano w moczu męt, zależny, według mówcy, od istot śluzowatych, lub może od nukleoalbuminy. Dodać należy, że odczynnik ESBACH'a dawał często więcej strątu, niż jakby to odpowiadało ilości białka. Strąten ten różni się od galaretowatego białka tem, iż w nim natychmiast zjawiają się grupy kryształów, podobne do kłaczków śniegu, które szybko osadzają się na dnie naczynia. Kryształy te składają się głównie z pikrynianu wapnia (50%), pikrynianu sodu (25%) i domieszek organicznych; za pomocą powtórnej krystalizacji na zimno można jeszcze otrzymać kryształy, zawierające dużo potasu. Podobnych kryształów nie udało się otrzymać u innych osobników, tak chorych, jak i zdrowych, a także u chorych na zapalenie nerek. Można twierdzić stanowczo, że ta właściwość moczu nie zależy ani od rodzaju pokarmów, ani od gorączki, za to spożywanie większych ilości cytrynianu potasu przyczyniało się znakomicie do zjawiania się tych kryształów, bez względu na to, że ilość sodu i potasu w podanych porcjach moczu była zwykła. Zjawisko powyższe objaśnić sobie można w ten sposób, że związki potasowe trudno rozpuszczają się w wodzie, a prócz tego mocz był bardzo stężony, co wskazywał i jego wysoki ciężar właściwy. Białkomocz i skłonność moczu do powstawania w nim kryształów zjawiały się okresowo, w odstępach czasu, kiedy spostrzegano największy przyrost w długości ciała, zwłaszcza grzebienia kości, współcześnie z objawami małokrwistości, ze zmniejszaniem się ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny. W miarę, jak badane osobniki rosły wolniej, wszystkie objawy powyższe znikwały bez względu na zmęczenie fizyczne; to samo spostrzegano, jeżeli chorzy przez dłuższy czas leżeli w łóżku lub przebywali leczenie tuczące (Mastkur).

BLUMENTHAL (Berlin). O działaniu jadu tężcowego.

Mała skuteczność zastrzykiwań podskórnych surowicy przeciwtężcowej skłoniła mówcę do podjęcia prób wprowadzania surowicy wprost do narządów, które odznaczają się wielkiem powinowactwem do jadu tężcowego. Przy pomocy d-ra JACOB'a mówca w klinice LEYDEN'a wstrzykiwał tę surowicę do ośrodkowego układu nerwowego. Do doświadczeń używano kóz, którym robiono wstrzykiwania albo do mózgu, albo do rdzenia. Surowicę leczniczą wstrzykiwano w chwili

li, kiedy zaczęły się zjawiać najpierwsze objawy tężca, mianowicie lekki szcękoscisk (*trismus*). Ilość surowicy użytej była 1000 lub 2000 razy większa od tej ilości antytoksyny, która była w stanie zobojętnić w próbówce ilość wstrzykniętej toksyny. Postępując w ten sposób, mówca nie mógł się przekonać, żeby śmierć przychodziła później, niż po zastrzykiwaniu antytoksyny pod skórę tułowia, a wyzdrowienia nie otrzymywał wcale: wszystkie zwierzęta ginęły. Okazało się jednak, że zarówno krew, jak i wszystkie narządy zwierząt leczonych posiadały po śmierci wybitne działanie antytoksyczne; sprawdziło się więc już dawniej często wygłaszane przez mówcę twierdzenie, że surowica lecznicza jest w stanie zobojętnić tylko jad, krążący we krwi i w sokach ustroju, nie posiada jednak żadnego wpływu na jad, który utworzył połączenie z substancją komórek nerwowych.

K. Z.

Wiadomości bieżące.

— Warszawskie Towarzystwo Higieniczne rozesłało do lekarzy prowincjonalnych kwestyonaryusz, mający na celu zebranie wiadomości co do majątków ziemskich, zapewniających w danej okolicy pomoc lekarską służbie folwarcznej, i w następstwie zorganizowanie stałej pomocy lekarskiej. Nie potrzebujemy chyba zaznaczać wielkiej doniosłości sprawy przez Tow. Hig. wszczętej, i nie wątpimy, że Szan. Koledzy, praktykujący na prowincyi, a z obecnym stanem pomocy lekarskiej w majątkach ziemskich obznajmieni, nie odmówią odpowiedzi na zawarte w kwestyonaryuszu pytania.

— Kol. BIEGAŃSKI z Częstochowy prosi nas o zrobienie wzmianki, iż w Warszawie zjawił się oszust, który, podając się za jego brata, obchodzi mieszkania lekarzy i prosi o pożyczenie pieniędzy na drogę. Oszust, ubrany w mundur studenta petersburskiego In-

stytutu Technologicznego, zdołał już wyłudzić pieniądze od kilku tutejszych kolegów.

— Profesorem zwyczajnym chirurgii i dyrektorem kliniki chirurgicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie mianowany został d-r Bronisław KADER, dotychczas docent prywatny Uniwersytetu wrocławskiego.

— XIII międzynarodowy zjazd lekarski w Paryżu odbywać się będzie pomiędzy 2 a 9 sierpnia 1900 r. Prezesem zjazdu jest LANNELONGUE, sekretarzem jeneralnym CHAUFFARD, skarbnikiem DUFLOCQ. Pomiedzy sekcjami znajdujemy po raz pierwszy: 1) sekcję chirurgii dziecięcej, 2) sekcję chirurgii dróg moczowych, 3) sekcję stomatologiczną. Dla każdej sekcji wyznaczono po kilka referatów, których opracowanie powierzono odpowiednim specjalistom.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty za drugie półrocze i o uregulowanie zaległych rachunków. Od 8 lipca administracya „Medycyny“ przeniesioną została na ul. Jasną Nr. 6.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Katalog Nowości lekarskich księgarni Senewalda Nr. 6.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Допущено Цензурою Варшава 22 Июля 1899 г. Друк К. Ковалевского, Warszawa, Mazowiecka 8.